別記第５号様式（第６条関係）

　　　　年　　月　　日

和歌山県知事　　　　　　　　様

がん治療を目的とした先進医療を実施した医療機関

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  |  |
| 住所 | (郵便番号) | |
| 電話番号 |  | |

和歌山県がん先進医療支援事業補助金治療実施証明書

がん治療を目的とした先進医療を下記のとおり実施したこと（していること）を証明します。

記

１　対象患者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | |
| （生年月日 | 年　　月　　日 | （　　　歳）） |
| 住所 |  | | |

２　実施した（している）がん先進医療

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 先進医療技術名 |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 先進医療の治療開始日 |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 先進医療の治療 |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 終了（予定）日 |
| 治療費  （技術料のみ） | 金 |  | | | | | 円 |

（注）本様式は、日本工業規格Ａ４版とすること。